

В. О. Діхтяр

КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» (м. Бердянськ)

## НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ЇХ ОСОБИСТОГО ТА РОДИННОГО СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ

На основі результатів власних досліджень науково обґрунтовані підходи до застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію, які полягають у визначенні рівня соціального функціонування (СФ) родини пацієнта, встановленні прихильності до психотерапії пацієнта й членів його родини, на основі чого запропоновані принципи й загальні умови проведення психотерапевтичних заходів хворим на параноїдну шизофренію (залежно від рівня їх особистого й сімейного СФ), визначені мішені психотерапевтичної роботи з родиною пацієнта, що страждає на параноїдну шизофренію, розроблений алгоритм нівелювання патологічних реакцій родини відносно хворого й алгоритм втрати родиною пацієнта психотерапевтичного потенціалу. Розроблення й впровадження психотерапевтичних заходів на базі запропонованих підходів дозволить оптимізувати взаємодію «родина — пацієнт», що дозволить значно підвищити якість життя хворого і його близького оточення.

*Ключові слова:* параноїдна шизофренія, соціальне функціонування, психотерапія.

Сучасна стратегія розвитку вітчизняної психіатрії наголошує на необхідності розвитку форм допомоги, основу яких складають психосоціальні втручання [1]. Змістовно це означає розвиток та удосконалення форм і методів психосоціальної реабілітації хворих на розлади психіки і поведінки. В загальному сенсі метою психосоціального підходу є забезпечення рівноваги між психічним життям пацієнта та соціальними відносинами, які впливають на його життєдіяльність. Такий підхід віддзеркалює біопсихосоціальну модель психічного захворювання, яка, окрім біологічної терапії, передбачає використання спеціальних методів, спрямованих на збереження та відновлення соціального функціонування (СФ) пацієнта, нівелювання негативних емоційних проблем в родині, удосконалення навиків адекватної поведінки і, в кінцевому сенсі, поліпшення якості життя психічнохворого [2].

Реалізація вищезазначеної стратегії неможлива без розвитку психотерапевтичної ланки психосоціального підходу, проте, на сьогоднішній день в науковій літературі та реальній психіатричній практиці відсутні системні дослідження, спрямовані на розв'язання проблеми застосування психотерапії у хворих на параноїдну шизофренію. Визначене обумовило необхідність та актуальність проведення даної роботи, мета якої — наукове обґрунтування застосування психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію в залежності від рівня їх особистого та родинного соціального функціонування.

Для здійснення зазначеної мети за умови інформованої згоди на базі психоневрологічного відділення № 1 КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів обстежено 156 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію (F 20.0).

Клініко-психопатологічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із

застосуванням Z-кодів (вісь-3) МКХ-10 та обстеження із застосуванням опитувальника МКХ-10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS).

СФ досліджували за допомогою Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), яка оцінює ступінь загальної поведінкової дисфункції (самообслуговування, інтереси та зайнятість, діяльність в сім'ї та дома, спілкування та ізоляція), виконання індивідуальних соціальних ролей (участь в сімейних справах, сімейна роль, шлюбна роль, статевая роль, роль батька, соціальні контакти, професійна роль, зацікавленість та інформованість, поведінка у нестандартних складних ситуаціях), внутрішньолікарняне функціонування (поведінка в палаті, думка медсестер та родичів, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом) та рівень дисфункції модифікуючих чинників [3].

Попередніми дослідженнями доведено, що під час розроблення психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію необхідно встановлювати не тільки рівень їхнього СФ, а й потребу та необхідний рівень психотерапевтичного впливу на рівні родини [4], а також проводити диференціацію психотерапевтичних впливів в залежності від рівню комплаєнтності, типу сімейної взаємодії у родині та рівню психосоціальної адаптації пацієнтів [5].

Продовженням роботи стало вивчення та ідентифікація рівнів СФ родин хворих на параноїдну шизофренію, для розроблення подальшої стратегії психотерапевтичної роботи з сім'єю пацієнтів. Характеристика рівнів СФ у родині в залежності від важкості впливу на них негативних чинників та інших значущих показників подано у табл. 1.

З цих даних видно, що при першому рівні сімейного СФ родині властиві легкі порушення функціонування. Деадаптивні реакції родини на цьому рівні проявляються тривогою, невдоволеністю, протидією з боку родини спробам соціалізації пацієнта.

Другий рівень із горизонтальним порушенням відносин у родині (між членами родини різних поколінь) в цілому проявляється деструктивною поведінкою «ключової фігури» із емоційним відчуженням взаємовідносин та завищеними або заниженими родинними очікуваннями від пацієнта. Відповідно, третьому рівню СФ родини властиво глибоке порушення динаміки родинної системи. Так, взаємовідносини між окремими членами родини не лише не розвиваються («емоційний колапс»), а ще й мають деструктивний вплив на загальний «психологічний комфорт» усієї родини.

Враховуючи вищевикладену за результатами власних досліджень характеристику рівнів СФ родини пацієнта, якій страждає на параноїдну шизофренію, для розроблення найбільш ефективних психотерапевтичних заходів, було оцінено рівні прихильності до психотерапії (РПП) пацієнтів та їх родин в залежності від рівня СФ, які наведено у табл. 2.

Характеристика рівнів соціального функціонування у родині хворого

Показник	Рівень соціального функціонування		
	Перший	Другий	Третій
Порушення відносин у родині	Вертикальне	Горизонтальне	Вертикальне/горизонтальне
Рівень середнього індексу об'єктивного показника	Перший — порушення соціоемоційної підтримки; Другий — порушення фізичного благополуччя та працездатності	Третій — порушення суспільної та службової підтримки й загального сприйняття якості життя	Четвертий — порушення у самообслуговуванні, незалежності у діях, самореалізації, міжособистісної взаємодії. П'ятий — психологічне/емоційне неблагополуччя
Порушення родинної системи	За структурою	За ідеологією	За динамікою
Наявність у родині «ключової фігури»	Так	Так/ні	Ні
Внесок сімейних факторів	Концентрування допомоги хворому без врахування сімейного оточення	Деструктивна поведінка «ключової фігури»: посилений контроль, гальмування соціалізації, гіперпротекція	Комунікативна (сімейна) тривога та довгі сімейні стреси
Тип взаємодії у родині	II тип — конструктивний (гармонічний)	I тип — деструктивний (емоційно-відчужений)	III тип — змішаний (напружено-дисоціативний)
Деадаптивні реакції сім'ї	Тривога, невдоволеність, протидія з боку родини спробам соціалізації пацієнта	Завищені або занижені родинні очікування від пацієнта	Неготовність до змін та емоційної комунікації, побудови нової системи підтримки; реакція на дію психофармакотерапії на пацієнта
Психосоціальний рівень адаптації	Перший	Другий	Третій

Таблиця 2

Рівень прихильності до психотерапії пацієнтів та їх родин в залежності від рівня соціального функціонування

РСФ	РПП	Чинники низької прихильності пацієнтів та їх родин до психотерапевтичних заходів	АП	Стратегії оптимізації здатності пацієнта та родини підтримувати високий РПП
Перший	Високий*	— когнітивні розлади у пацієнта; — психологічні проблеми у членів родини; — неадекватна психотерапевтична схема для пацієнта; — відсутність віри в успіх лікування	Високий	— підкреслення позитивних змін від психотерапії; — спрощення психотерапевтичного впливу у доступній для сприйняття формі
Другий	Середній**	— відсутність розуміння пацієнтом та родиною характеру хвороби, її етапів розвитку та ускладнень; — «слабкий» зв'язок між членами родини; — побічні ефекти медикаментозної терапії	Середній	— освітні заняття щодо заохочення до психотерапії пацієнта та родини; — врахування фармакологічного впливу медикаментозної терапії
Третій	Низький***	— низький рапорт із психотерапевтом; — низьке розуміння користі психотерапії на рівні родини; — недостатнє розуміння кінцевої мети психотерапії; — складні психотерапевтичні схеми для пацієнта та родини; — порушення терапевтичної схеми	Низький	— ідентифікація низької прихильності до психотерапії; — пошук маркерів низької прихильності: аналіз відмови від сеансу, відсутність відгуку на терапію

Примітки: РСФ — рівень соціального функціонування. Значущість показника за впливом на РПП: \* — незначний; \*\* — значний; \*\*\* — дуже значний. АП — адаптаційний потенціал пацієнта та родини.

З даних табл. 2 видно, що в основу психотерапевтичних стратегій, які пропонуються, покладено міцність взаємозв'язку між адаптаційним потенціалом та чинниками, які формують рівень прихильності до психотерапії, а саме:

1) на першому рівні СФ (із високим адаптаційним потенціалом пацієнта та родини та незначним впливом чинників низької прихильності до психотерапії) акцент повинен робитися на доступній формі сприйняття психотерапії із підкресленням позитивних змін від неї;

2) для другого рівня СФ (із середнім адаптаційним потенціалом пацієнта та родини та значним впливом чинників низької прихильності до психотерапії) при виборі психотерапевтичної стратегії превага повинна надаватися освітнім заняттям щодо заохочення до психотерапії пацієнта та родини із врахуванням фармакологічного впливу медикаментозної терапії;

3) при третьому рівні СФ (із низьким адаптаційним потенціалом пацієнта та родини й дуже значним впливом чинників низької прихильності до психотерапії) психотерапевтична стратегія обов'язково повинна надавати змогу не лише ідентифікувати низьку прихильність до психотерапії, а більшою мірою — забезпечити пошук маркерів низької прихильності.

Побудова нами психотерапевтичних заходів базувалася на підходах, які виокремив за результатами власних досліджень С. Мінухін (1974), а саме — шістьох основних аспектів психотерапевтичної оцінки сімейної взаємодії [6]:

1. Приділяти увагу сімейній структурі, улюбленим паттернам сімейної взаємодії й шукати їхні можливі альтернативи.

2. Оцінювати гнучкість сімейної системи й її здатність до вдосконалювання, про що дозволяє судити

перебудова існуючих альянсів, коаліцій і підсистем у відповідь на зміну обставин.

3. Досліджувати резонанс сімейної системи, її чутливість до дій окремих членів.

4. Аналізувати умови життя родини, визначити джерела підтримки й стресу.

5. Оцінювати успішність проходження родиною поточного етапу життєвого циклу й виконання відповідних етапу завдань розвитку.

6. Досліджувати способи використання «симптомів ідентифікованого пацієнта» для підтримки бажаних родині паттернів взаємодії (залучати до психотерапії усіх членів родини, а не тільки пацієнта).

Спираючись на вищевикладене, за результатами власних досліджень запропоновано **принципи та загальні умови проведення психотерапевтичних заходів** хворим на параноїдну шизофренію, в залежності від рівня їхнього особистого та родинного СФ.

До **принципів** віднесено:

**I. Загальні:**

1) партнерство медичного персоналу, пацієнта та родичів під час психотерапії, тобто усі лікувально-відновлювальні заходи спрямовуються до особистості/родини, опосередковуються нею й будуються на відносинах довіри між пацієнтом/родиною та психотерапевтом;

2) етапність впливів та заходів, що передбачає поступовий перехід від однієї форми психотерапевтичного впливу, як правило, більш простої, до іншої, більш складної;

3) зменшення ймовірності рецидиву захворювання;

4) використання принципу мультидисциплінарної бригади;

5) різнобічність зусиль та впливів у психотерапевтичній програмі, яка охоплює психологічну, сімейну, професійну, суспільну сферу та сферу дозвілля.

**II. На рівні хворого:**

1) апеляція до здорових сторін особистості;

2) використання прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії;

3) навчання навичкам «оволодіння» із наслідками хвороби;

4) корекція змінених хворобою соціальних позицій;

5) максимально можлива інтеграція в суспільство;

6) навчання навичкам адаптації й вирішення проблем;

7) профілактика рецидивів і кризові втручання;

8) поступове розширення сфери відповідальності.

**III. На рівні родини:**

1) заповнення наявного інформаційного (медичного) дефіциту знань;

2) зниження рівню стигматизації й самостигматизації;

3) навчання умінню розпізнавати перші ознаки загострення захворювання;

4) підтримка й навчання близьких в оточенні пацієнта.

Чинниками, що утрудняють реалізацію психотерапії хворим та членам родини, встановлені:

— негативні переконання про психотерапію й терапевта;

— високий рівень тривожності пацієнта;

— відсутність згоди про завдання та цілі психотерапії;

— «брутальність» психічної організації пацієнта, його нездатність до рефлексії, до організації психотерапії як дослідницького процесу;

— психічна неадекватність (продуктивна психопатологічна симптоматика: маячення, галюцинації, збудження й т. ін. ).

До **загальних умов** проведення психотерапії хворим на параноїдну шизофренію в залежності від рівня їхнього особистого та родинного СФ, віднесено:

1. На етапі включення в психотерапію — попередження рецидивів, що досягається обмеженням нереалістичних очікувань і вимог до функціонування пацієнта, а також зниженням рівню стимулюючих і стресових факторів у соціальному оточенні. Головною умовою цього етапу є зосередженість на проблемах, що виникають у пацієнтів та їх родин при їхньому виході за межі «захищеного середовища» лікарні. Включенню у психотерапію повинна передувати індивідуальна робота з хворим, яка має бути спрямована на вироблення в нього позитивної мотивації до психотерапії.

2. На початковому етапі психотерапії особлива увага приділяється організації першого заняття з пацієнтами/членами родини, на якому приймаються загальні правила й створюється довірча атмосфера.

3. Власно етап проведення психотерапії — обговорення й співвіднесення отриманої інформації з особистісним досвідом і переживаннями. Акцентування уваги пацієнта / членів родини на необхідності корекції перекручувань неправильно зрозумілої інформації, дезадаптивних настанов і форм поведінки.

До **особливостей проведення** психотерапії хворим на параноїдну шизофренію та членам їх родин, віднесено:

1. Неавторитарність позиції психотерапевта, демонстрування їм емпатії та природної поведінки.

2. Активність психотерапевта у темах, які є найбільш важливими для пацієнта або родини: питання, пов'язані із клінічною картиною психічного розладу, медикаментозна терапія, роль стресу у рецидиві захворювання, когнітивні стилі поведінки та т. ін.

3. Врахування ставлення родини до хвороби, в залежності від рівня СФ пацієнта, а саме:

а) при першому рівні СФ — анозогностичне ставлення — формування почуття гніву, розпачу, несправедливості долі;

б) при другому рівні СФ — часткове прийняття — приховання захворювання від навколишніх;

в) при третьому рівні СФ — повне прийняття — пошук кваліфікованої допомоги й соціальної підтримки (позитивний варіант), пошук винного (негативний варіант).

4. Врахування позитивного впливу досвіду інших родин при психотерапії.

До **загальних правил психотерапевтичної роботи** з родинами та пацієнтами, які страждають на параноїдну шизофренію, віднесено:

— усвідомлення, що будь-яка хвороба вимагає періоду пристосування до неї;

— прагнення до виконання певного режиму й розпорядку дня;

— уникнення емоційних сцен і стресових ситуацій;

— уникнення критики хворого, сприятливий стиль розмови у родині та спокійна переконлива форма бесіди;

— вселення хворому поваги до себе, свідомості власної цінності й унікальності;

— акцент на успіхах й досягненнях хворого;

- непереконання хворого у помилках;
- заохочення дотримання особистої гігієни й інших повсякденних правил життя хворим;
- забезпечення для хворого спілкування з іншими людьми, а також можливості бути на самоті.

Спираючись на результати власних досліджень, визначено **мішені психотерапевтичної роботи з родиною** пацієнта (рис. 1).

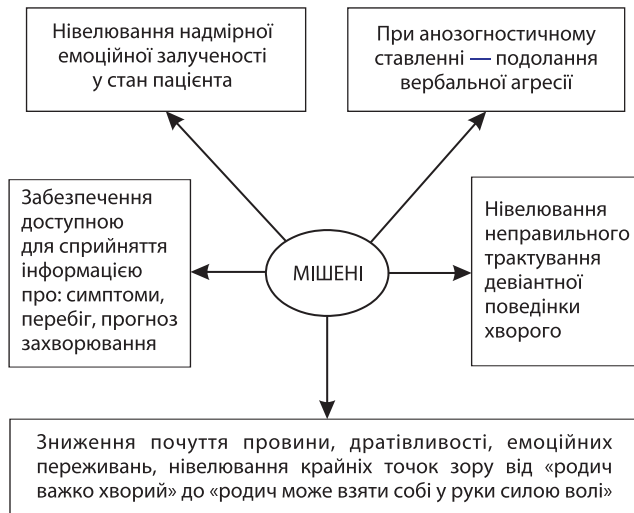


Рис. 1. Схема мішеней психотерапевтичної роботи з родиною пацієнта, який страждає на параноїдну шизофренію

З даних цієї схеми (див. рис. 1) можна зробити узагальнення **напрямку психотерапевтичної роботи з сім'ями** хворих на шизофренію:

- в першу чергу — з родичами, які самі активно бажають контактувати з лікарем та медперсоналом;
- по-друге — з родичами, котрі проживають разом з пацієнтом, у якого спостерігається два-три рецидиви захворювання протягом року;
- по-третє — з сім'ями з частими конфліктами, які провокують агресивні вчинки з боку хворих;
- по-четверте — з родичами, де хворі мають нахил до суїцидів та антисоціальних дій;
- по-п'яте — з родичами хворих, які мають емоційно-вольовий дефект та/або втратили навички до самообслуговування;
- по-шосте — з родичами хворих, які відмовляються від підтримуючого лікування в домашніх умовах.

Спираючись на вищевикладене, за результатами власних досліджень запропоновано **алгоритм нівелювання патологічних реакцій та дій** родини по відношенню до хворого, який страждає на параноїдну шизофренію, у процесі психотерапії (рис. 2).

Цей алгоритм передбачає, що нівелювання патологічних реакцій та дій родини по відношенню до хворого починається із руйнування надмірної зосередженості на хворому родичі. Даний шлях є таким, при якому пацієнту у прийнятті якогось рішення надається можливість застосовувати власні критичні здатності та рівень самооцінки. Досягнення кінцевого результату алгоритму — подолання несанкціонованої лікарем відміни підтримуючої медикаментозної терапії або зниження доз препаратів — і є власно показником ефективності психотерапевтичних заходів.



Рис. 2. Алгоритм нівелювання патологічних реакцій та дій родини по відношенню до хворого

Враховуючі вищевикладене, за результатами власних досліджень запропоновано **алгоритм втрати психотерапевтичного потенціалу родиною**, в якій хворий страждає на параноїдну шизофренію (рис. 3).

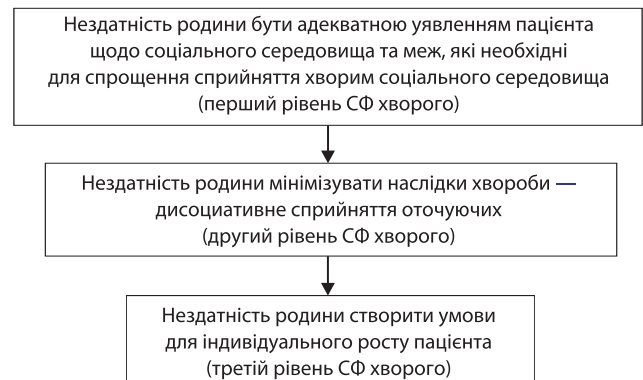


Рис. 3. Алгоритм втрати психотерапевтичного потенціалу родиною

Спираючись на цей алгоритм, для можливо максимального нівелювання втрати психотерапевтичного потенціалу родиною, на основі вітчизняного та зарубіжного досвіду [7 — 9], нами запропоновано найбільш актуальні тематики психотерапевтичних сеансів для пацієнтів та їхніх родин: причини виникнення психічних захворювань; розпізнавання депресії й необхідна у випадку її виникнення допомога; медикаментозні препарати — особливості дії та побочні ефекти; навички подолання стресу; вирішення проблем у складних міжособистісних ситуаціях; навички ведення розмови: вербальна й невербальна поведінка.

Таким чином, за результатами власних досліджень, нами науково обґрунтовані підходи до застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію, які полягають у визначенні рівню родинного соціального функціонування, встановленні прихильності до психотерапії пацієнта та його родини,

на основі чого запропоновано принципи та загальні умови проведення психотерапевтичних заходів хворим на параноїдну шизофренію, в залежності від рівня їхнього особистого та родинного соціального функціонування, визначено мішені психотерапевтичної роботи з родиною пацієнта, який страждає на параноїдну шизофренію, розроблено алгоритм нівелювання патологічних реакцій та дій родини по відношенню до хворого та алгоритм втрати психотерапевтичного потенціалу родиною. Розроблення та впровадження психотерапевтичних заходів на базі запропонованих підходів під час надання комплексної допомоги дозволить оптимізувати родинну взаємодію «сім'я — пацієнт», що значно підвищить якість життя хворого та його близького оточення.

#### Список літератури

1. Стан і перспективи розвитку психіатричної служби в Україні / [М. П. Жданова, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко, Н. О. Марута] // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 2 (59). — С. 6—9.
2. Абрамов, В. А. Психосоціальна реабілітація больних шизофренією : Монографія / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецьк : Каштан, 2009. — 584 с.

**В. А. Дихтярь**

*КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» (г. Бердянськ)*

#### **Научное обоснование применения психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении больных параноидной шизофренией в зависимости от уровня их личного и семейного социального функционирования**

На основе результатов собственных исследований научно обоснованы подходы к применению психотерапии в комплексном лечении больных параноидной шизофренией, которые заключаются в определении уровня социального функционирования (СФ) семьи пациента, установлении приверженности к психотерапии пациента и членов его семьи, на основе чего предложены принципы и общие условия проведения психотерапевтических мероприятий больным параноидной шизофренией (в зависимости от уровня их личного и семейного СФ), определены мишени психотерапевтической работы с семьей пациента, страдающего параноидной шизофренией, разработан алгоритм нивелирования патологических реакций семьи по отношению к больному и алгоритм потери семьей пациента психотерапевтического потенциала. Разработка и внедрение психотерапевтических мероприятий на базе предложенных подходов позволит оптимизировать взаимодействие «семья — пациент», что позволит значительно повысить качество жизни больного и его близкого окружения.

*Ключевые слова:* параноидная шизофрения, социальное функционирование, психотерапия.

3. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. — Geneva : WHO, 1988. — 96 p.

4. Діхтярь, В. О. Рівень соціального функціонування та якості життя як основа психотерапії хворих на параноїдну шизофренію / В. О. Діхтярь // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 3 (60). — С. 35—44.

5. Діхтярь, В. О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт — родина» як основа для розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / В. О. Діхтярь, М. В. Маркова // Медична психологія. — 2009. — Т. 4, № 2—3. — С. 141—147.

6. Minuchin, S. Families and family therapy / S. Minuchin. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974. — 130 p.

7. Психосоціальна робота в системі медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію: методичні рекомендації / [В. А. Абрамов, Є. М. Денісов, Т. Л. Ряполова та ін.]. — К., 2007. — 18 с.

8. Пріб, Г. А. Психологічна реабілітація як складова комплексної медико-соціальної реабілітації психічнохворих / Г. А. Пріб // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 58—61.

9. Ерчив, А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия» / А. Н. Ерчив. — СПб., 2005. — 20 с.

*Надійшла до редакції 16.02.10 р.*

**V. A. Dyhtyar**

*Communal Establishment "Psychoneurological dispenser of Berdyansk" (Berdyansk)*

#### **Scientific ground of application of psychotherapy measures in complex therapy of paranoid schizophrenia patients in dependence on level of their personal and family social functioning**

On the basis of results of own researches going is scientifically reasonable near application of psychotherapy of patients with paranoid schizophrenia, which consist in determination of level of the social functioning (SF) of family of patient, establishment of adherence to psychotherapy of patient and his family members, on the basis of what principles and general conditions of realization of psychotherapy measures a patient are offered by параноидной schizophrenia (depending on a level their personal and domestic SF), the targets of psychotherapy work are certain with family of patient, suffering of paranoid schizophrenia, the algorithm of leveling of pathological reactions of family in relation to a patient and algorithm of loss of patient of psychotherapy potential family is worked out. Development and introduction of psychotherapy measures on the base of offered approach will allow to optimize co-operation "family — patient", that will allow considerably to improve quality life of patient and his near surroundings.

*Keywords:* paranoid schizophrenia, social functioning, psychotherapy.